



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD

TRABAJO ACADÉMICO

**“ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO Y CASO CLÍNICO EN
UN HOSPITAL DE LA REGIÓN DE SALUD MOQUEGUA
2018”**

PRESENTADO POR

DORIS RITA PEÑALOZA CHAVEZ

ASESORA

Mg. JAQUELINE MIRIAM PORTUGAL PUMA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD
REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA,
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL.**

MOQUEGUA – PERÚ

2018

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA	
CARÁTULA	
PÁGINA DEL JURADO.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
INDICE DE FIGURAS	vi
INDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN	viii

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	1
1.3 MARCO TEÓRICO.....	2
1.3.1 Antecedentes internacionales.....	2
1.3.2 Antecedentes nacionales.....	4
1.3.3 Antecedentes regionales.....	7
1.3.4 Bases teóricas.....	7
1.3.4.1 Historia.....	7

1.3.4.2 Epidemiología.....	9
1.3.4.3 Enfermedad del Trofoblasto.....	10
1.3.4.4 Clasificación.....	11
1.3.4.5 Factores de riesgo.....	25
1.3.4.6 Cuadro clínico.....	26
1.3.4.7 Diagnóstico.....	26
1.3.4.8 Manejo y tratamiento.....	27
1.3.4.9 Factores de mal pronóstico.....	31
1.3.4.10 Hormona gonadotrofina coriónica humana.....	32
1.3.5 Términos conceptuales.....	33

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN.....	35
2.1 OBJETIVOS.....	36
2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO.....	36
2.3. DISCUSIÓN.....	58

CAPÍTULO III

3.1 CONCLUSIONES.....	60
3.2 RECOMENDACIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS.....	69

CARTA DE COMPROMISO ANTIPLAGIO.....	73
-------------------------------------	----

INDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Embrión en estadio de blastocisto	11
Figura N° 2 Masa celular externa del trofoblasto.....	11
Figura N° 3 Clasificación dela enfermedad del trofoblasto.....	12
Figura N° 4 Patrón ecográfico de mola completa.....	16
Figura N° 5 Zonas hipogénicas endometriales.....	16
Figura N° 6 Esquema de una vellosidad de mola.....	17
Figura N° 7 Patrón ecográfico de mola parcial.....	18
Figura N° 8 Pieza anatómica de placenta molar	19
Figura N° 9, 10 Ecografía de caso clínico.....	38
Figura N° 11 y 12 Ecografía de caso clínico.....	44
Figura N° 13 Radiografía de tórax caso clínico.....	49
Figura N° 14 Informe radiológico de caso clínico.....	54
Figura N° 15 Informe ecográfico de abdomen caso clínico.....	55
Figura N° 16 Reporte operatorio.....	56

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Características diferenciales entre mola completa y parcial.....	15
Tabla N° 2 Sistema de estadificación.....	18
Tabla 3. Sistema de puntaje y diagnóstico.....	31
Tabla 4. Comportamiento de los valores bioquímicos de BHCG de la paciente en estudio.....	58

RESUMEN

La enfermedad del trofoblasto se presenta en cualquier etapa de la vida la mujer, sin discriminación de edad, paridad, estrato social etc. Aun así hay ciertos factores que generalmente están presentes los cuales se van a poder estudiar dentro de esta monografía.

La mola gestacional se identifica por una hiperplasia trofoblástica la cual es el resultado de una fertilización extraña lo que va a impedir el desarrollo normal del embrión.

En un estudio realizado por Alfredo Sánchez Carranza (3) determinó que la población no tiene conocimiento de los factores epidemiológicos del embarazo molar, así como las secuelas y complicaciones que esta enfermedad puede dejar a la mujer que la padece.

En el presente trabajo se encontró una paciente de 47 años con gran multiparidad en un aparente buen estado general en la cual asistió a consulta por presentar dolor en hipogastrio, la cual fue sometida a estudios y exámenes clínicos confirmando el diagnóstico, la cual fue referida a la ciudad de Arequipa por ser un centro de mayor complejidad, para su respectivo tratamiento siendo este el de histerectomía total abdominal mas salpingo oforectomía izquierda. Los dosajes bioquímicos de hormona gonadotrofina coriónica humana, descendieron pos histerectomía, siendo dada de alta para su respectivo control y seguimiento.

Palabras clave: Enfermedad trofoblástica gestacional, mola hidatidiforme, hormona gonadotrofina coriónica humana.

SUMMARY

The trophoblast disease occurs at any stage of a woman's life, without discrimination of age, parity, social status, etc. Even so, there are certain factors that are usually present which can be studied within this monograph.

The gestational mole is identified by a trophoblastic hyperplasia which is the result of a strange fertilization which will impede the normal development of the embryo.

In a study conducted by Alfredo Sánchez Carranza (3) determined that the population is not aware of the epidemiological factors of molar pregnancy, as well as the consequences and complications that this disease can leave to the woman who suffers.

In the present study, a 47-year-old patient with great multiparity was found in an apparent good general condition in which she attended the consultation for presenting pain in the hypogastrium, which was subjected to studies and clinical examinations confirming the diagnosis, which was referred to the city of Arequipa for being a center of greater complexity, for its respective treatment being this the total abdominal hysterectomy plus salpingo left oforectomy. The biochemical dosages of human chorionic gonadotropin hormone, descended after hysterectomy, being discharged for their respective control and follow-up.

Palabras clave: Gestational trophoblastic disease, hydatidiform mole, human chorionic gonadotropin hormone.

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El trofoblasto es un conjunto de células, las cuales rodean al blastocisto en su capa exterior para luego conformar la placenta.

La enfermedad del trofoblasto, es una enfermedad de la gestación que comprende un grupo de modificaciones de la placenta, de la cual adquiere formas benignas y no benignas, las cuales aumentan las complicaciones maternas con riesgo de muerte subsecuente.

Una de las principales causas de muerte materna es ocasionada por las hemorragias y dentro de las hemorragias del I trimestre de la gestación tenemos a la mola o enfermedad del trofoblasto el cual desde su aparición ocasiona grandes estragos en las mujeres sin considerar las consecuencias a largo plazo que esta complicación acarrea.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de investigación, modalidad Trabajo académico se justifica debido a que la enfermedad del trofoblasto es una de las causas de morbilidad y mortalidad materna que se presenta también en nuestra región Moquegua, la cual no discrimina clases sociales ni estratos económicos. Se presenta en la vida de la mujer en cualquier momento de la etapa reproductiva y ocasiona complicaciones a corto plazo y a largo plazo.

A corto plazo se ha observado complicaciones como, anemia aguda, de intensidad leve a severa, hemorragias de diversa intensidad en algunas ocasiones con consecuencias funestas. A largo plazo puede ocasionar metástasis extra uterinas condicionando baja calidad de vida aumentando la morbilidad o mortalidad según sea el caso. La morbilidad o mortalidad por mola afecta también al núcleo familiar ocasionando malas relaciones conyugales, abandonos inadecuada atención a los hijos, aumentando los indicadores de pobreza en nuestro país. El presente estudio servirá para incrementar el cuerpo teórico y manejo de la enfermedad a partir de la discusión del presente caso clínico.

1.3 MARCO TEORICO

1.3.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Los antecedentes de investigación son revisiones previas de investigaciones anteriores en relación al estudio de investigación que se ha desarrollado, con una antigüedad de 5 años.

Guamán, M. y Lazo, J.(2010-2015). Tesis de investigación denominada “Características de la enfermedad trofoblástica en pacientes del área de gineco - obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, enero del 2015, (Tesis Pre grado) Universidad del Cuenca 2016. (1)

Dicha tesis tuvo por objetivo identificar las características de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes del área de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo de investigación propuesto anteriormente, para esta investigación se utilizó el método descriptivo llegando a la siguiente conclusión:

Se presentó 50 casos de mujeres con complicación de enfermedad del trofoblasto, lo que constituye el 0,14 % de las pacientes que fueron atendidas en el Departamento de Gineco obstetricia del Hospital motivo de la investigación.(1)

Moncayo, F. (2017) “Incidencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en los años 2013 – 2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo”. Esta investigación fue realizada por Moncayo, F. (Tesis Pre grado). 2017.

Tuvo como objetivo general, el determinar los factores asociados de la enfermedad trofoblástica gestacional, en el cual se analizó la incidencia de exposición de la enfermedad y así mismo se determina cuáles son las formas más frecuentes de presentación.

Para dicho trabajo de investigación el tipo de estudio que se utilizó fue no experimental teniendo un diseño de corte transversal, el instrumento fue lista de chequeo de la historia clínica.

Las conclusiones que se obtuvieron fueron: En el periodo de estudio se analizó 145 casos con diagnóstico de enfermedad del trofoblasto siendo el de mayor incidencia con un 90% de mola completa, por lo tanto se encontró en menor data la mola parcial con un 1.38% y finalmente en el presente estudio se encontró un tipo de cáncer placentario que viene a ser muy agresivo conllevando a metástasis que es el coriocarcinoma en un valor de 8.28%. (2)

1.3.2 ANTECEDENTES NACIONALES

En un trabajo de investigación de corte nacional realizado por Sánchez,A. (3) con título de “Factores de riesgo asociados a embarazo molar en gestantes atendidas en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto enero 2010 – diciembre 2014”, teniendo como objetivo el de identificar y determinar el nivel de importancia que tienen los factores de riesgo asociados a embarazo molar en gestantes atendidas en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital objeto de estudio que se realizó entre las fechas del mes de enero año 2010 al mes de diciembre del año 2014. Para la investigación se utilizó como marco metodológico un estudio analítico retrospectivo, en donde relacionó las variables independientes y dependientes, como fueron: factores de riesgo y embarazo molar, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión

propios para dicha investigación. Los objetivos del trabajo se centraron en la identificación y determinación del nivel de importancia que tienen los factores de riesgo los cuales se asocian a un embarazo molar, y tuvo como población a gestantes que fueron atendidas en el Hospital Regional de Loreto en los periodos comprendido, mes de enero 2010 al mes de diciembre del año 2014.

En cuanto a los resultados se evidenció que la población no tiene conocimiento de los actores epidemiológicos del embarazo molar, así como las secuelas y complicaciones que esta complicación puede ocasionar a la mujer, repercutiendo en la familia y sociedad. Así mismo se encontró que las pacientes que no intervinieron por estar consideradas en los criterios de exclusión, puede ocasionar un sesgo importante en la investigación por haber pasado en forma desapercibida.

Dentro de las principales conclusiones se halló una incidencia del 4.03 por cada 1000 gestaciones, en el tiempo que duró el estudio, que fue de 4 años como lo indica el título de la investigación. Así mismo el grado de instrucción y la procedencia que generalmente fue del ámbito rural y una instrucción menor, las grandes multíparas, el antecedente de un embarazo molar o aborto previo fueron condicionantes para presentar un mayor riesgo de adquirir esta complicación.

Continuando con la búsqueda de investigaciones previas se encontró la investigación realizada por Humpiri M-A. (4) el cual tiene como título “Características epidemiológicas y clínicas de la Enfermedad Trofoblástica

Gestacional, dicha investigación se realizó en Arequipa específicamente en el Hospital nivel III Goyeneche en los años que comprenden el año 2007 al 2011 teniendo como fecha de publicación en el año 2013. En el trabajo de investigación tuvo como objetivo principal el de identificar las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes diagnosticadas de Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Se utilizó como tipo de estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, para analizar las variables del estudio, se manejó como práctica la observación documental utilizando una ficha de recolección de datos en las cuales se asignó la información pertinente que sirvió para el análisis respectivo. Se obtuvo los siguientes hallazgos en orden de importancia: en el periodo de estudio se encontró 52 casos que hacen una incidencia de 0.3486, por cada 100 gestaciones. El promedio de edad de las mujeres de estudio fue de 28.9, teniendo una mediana de 29 con un intervalo mínimo de 18 y un intervalo máximo de 46 años de edad. En cuanto a la procedencia, este dato difiere mucho de la investigación anterior pues aquí prevalece la procedencia urbana con un total de 21 casos y un porcentaje del 60% siendo la procedencia rural en menor significancia del 8.6% con un total de 3 pacientes atendidas con diagnóstico de mol gestacional. En cuanto a los antecedentes se observó en mayor porcentaje a nulíparas, primigestas, teniendo como hallazgo principal el sangrado tranvaginal y el dolor en zona de hipogastrio.

En el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa año de 1986 a 2010 se realizó una investigación que lleva como título “Asociación entre el

primer dosaje de b-hcg post evacuación uterina y la evolución clínica posterior en pacientes con mola hidatidiforme”, realizada por el investigador Calcina, Y. (5), teniendo como objetivo principal el de establecer si existe una asociación entre el dosaje primero de B - HCG después de realizada el legrado uterino y establecer cómo fue su evolución clínica posteriormente en pacientes que presentaron Mola Hidatidiforme completa.

Para dicha investigación se utilizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal, de asociación sin relación de dependencia, y como resultado se obtuvo que si hay asociación entre el porcentaje de disminución entre el dosaje de la hormona gonadotrofina coriónica humana antes y después de realizado el legrado uterino, con respecto a su evolución posterior. La presente investigación tuvo como conclusión principal el que existe asociación entre el porcentaje de disminución que hay entre el dosaje de la hormona gonadotrofina humana antes y después de realizado el legrado uterino en las gestantes que fueron parte de las unidades de estudio.

1.3.3 ANTECEDENTES REGIONALES

Para el presente estudio se ha revisado las fuentes correspondientes y no se ha encontrado trabajos de investigación relacionados al tema.

1.3.4 BASES TEÓRICAS.

1.3.4.1 HISTORIA

Según Espasa (6) indica que el mundo árabe conocía a la mola como a aquella masa que se desarrollaba dentro del útero y esta tenga la capacidad de ser enviada afuera en un ulterior momento. Diversos filósofos (400) a.c. consideraban a las molas como un tipo de degeneración del corion. Hipócrates expuso la teoría de los cuatro humores y llamo a la mola como una hidropesía, la cual se le inculpó al agua contaminada (7) insalubre. A medida que pasaban los años en diversas partes se presentaban mujeres que iban eliminando vesículas y “huevos abortados” producto del embarazo.

Diversos autores Sanger, (1879), Eva Chaletzky, Marchand (1895) ya relacionaban la mola con enfermedad de la placenta, para luego en 1940 se creía el inicio de la mola con la muerte del embrión, produciéndose una serie de fenómenos posteriores que desencadenan en un mismo cuadro.

Con los avances de histopatogénesis, Hertig y Edmonds en (1940) determinan que los absordos del trofoblasto causarían la muerte del embrión, seguida por hiperplasia del trofoblasto (8, 9).

Cristóbal de Vega en el año 1564 (21) realizó una primigenia definición de una enfermedad molar.

Cruveilhier en el 1839 clasifica la mola determinan do que existe parcial.

Saenger en 1889 clasifica la mola como neoplasia determinando la existencia de tres tipos de neoplasias y son:

Sarcoma decidual

Sarcoma deciduo celular y

Formas intersticiales destructivas (21).

En 1895 Marchand afirma categóricamente que la mola no es un tumor y la clasifica en: mola vesicular, mola destruens y corioepitelioma.

En 1956 Hertig y cols. relatan una incesante evolución, iniciando con mola parcial, luego pasa a mola completa y a mola invasiva y terminando en coriocarcinoma (21).

Kajii y cols. Determinaron en el año de 1977, que la mola completa tiene origen paterno (21).

En la actualidad se han determinado diversos estudios que han servido para conocer esta enfermedad y tratar de solucionar las complicaciones que se presentan, disminuyendo indicadores negativos de muerte y enfermedad.

1.3.4. 2 EPIDEMIOLOGÍA

La Mola presenta una frecuencia diferente en diversos países, según Ortega A. Percy (10) en Estados Unidos y Europa la incidencia es de uno de 1500 a 2000 gestaciones, en Asia es 10 veces más frecuente de los valores de Estados Unidos, en el Perú la incidencia es de uno por cada 150 a 900 gestaciones (5,11). En estudios realizados en el Hospital María Auxiliadora y Arzobispo Loayza encontraron incidencias diferentes a

razón de 1 en 213 y 241 y para el caso de la Maternidad de Lima se encontró una incidencia de 1 en 476(5,12).

Investigaciones realizadas en la ciudad de Arequipa se encontró una incidencia de uno por 306 gestaciones 1 caso de coriocarcinoma por 5000 gestaciones (5,13)

1.3.4.3 ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO

Se denomina enfermedad del trofoblasto a una variedad de anomalías proliferativas del trofoblasto con potencial maligno poco habitual, provenientes de una propagación anormal del trofoblasto llamada hiperplasia y del genoma paterno, ocasionalmente la madre contribuye en dicha enfermedad (14).

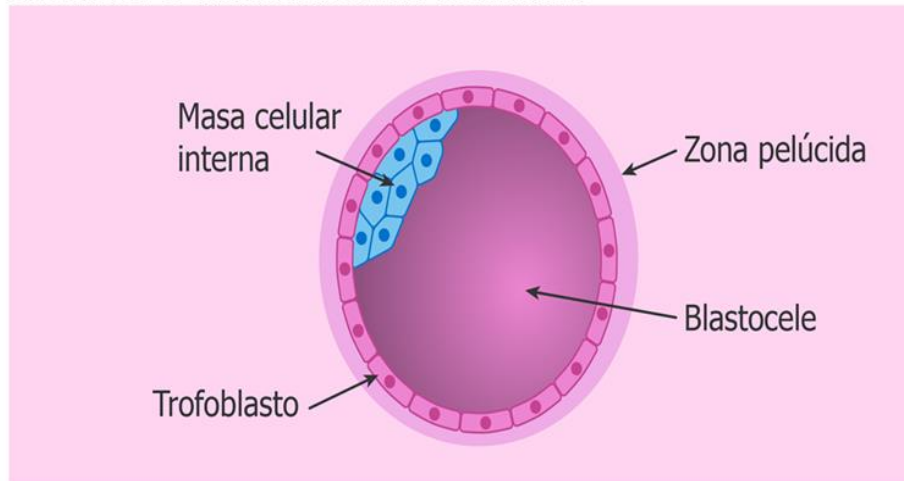
Estas anomalías tienen un denominador frecuente de un aumento de secreción de gonadotropina coriónica humana y por la tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas. Estas vellosidades poseen un diámetro de 0,1 y 3 cm.

Esta entidad inicia en la fecundación debido a una asociación imperfecta entre el espermatozoide y el ovulo, causando una multiplicación aberrante del tejido trofoblástico el cual invade muy velozmente la cavidad uterina. Las vellosidades placentarias se llenan de fluido y se tornan en estructuras abultadas, similares a racimos de uvas. (15)

TROFOBLASTO

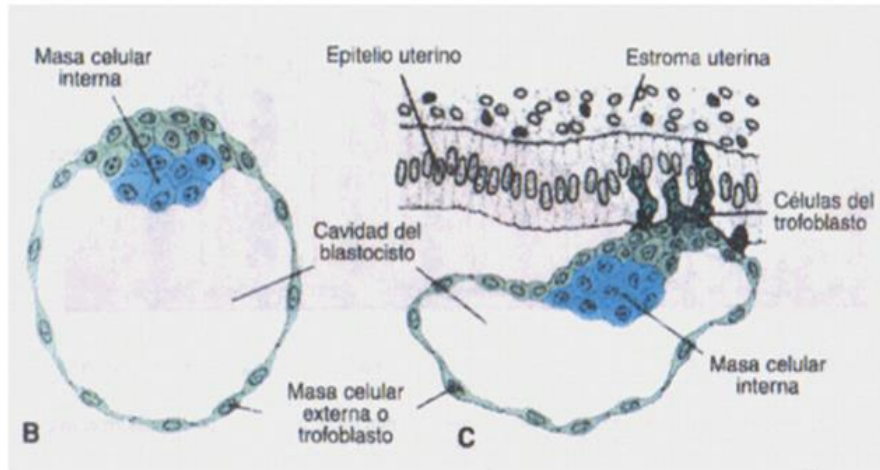
Es un conjunto de células que forman la capa externa de un embrión en una fase de progreso avanzado (blastocisto) que provee sustentos al embrión y se desenvuelve como parte trascendental de la placenta. Esta estructura celular se forma en la primera etapa de la gestación.

FIGURA N° 1 Embrión en estadio de blastocito



Fuente: <https://www.babygest.es/implantacion-de-embriones/>

Figura Nº 2 Masa celular externa del trofoblasto



Fuente: <https://www.monografias.com/trabajos61/histogenesis/histogenesis.shtml>

1.3.4.4 CLASIFICACIÓN

La siguiente representación gráfica de la enfermedad del trofoblasto gestacional nos es muy útil para conocer en qué situación se encuentra la paciente de inicio y sobre todo en qué situación de desafío nos encontramos, para desarrollar el esquema de tratamiento correspondiente.

Esta clasificación de la enfermedad del trofoblasto gestacional preconizada por la Organización Mundial de la Salud es la más admitida, basándose en criterios macroscópicos tradicionales, (16).

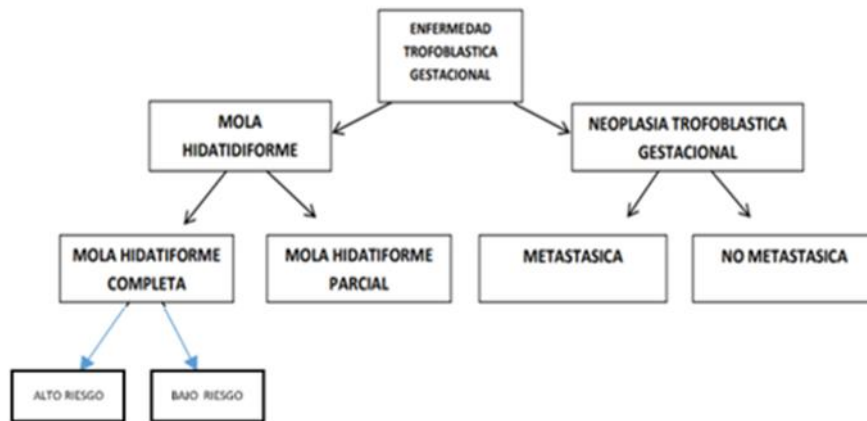


Figura 3. Clasificación de la enfermedad del trofoblasto.

Según la clasificación desarrollada por la Federación Internacional Ginecología y Obstetricia, nos encontramos ante un grupo de dos entidades principales:

Mola Hidatidiforme y

Neoplasia Trofoblástica Gestacional.

La mola hidatidiforme se divide en mola hidatidiforme completa y mola hidatidiforme parcial, la completa a la vez se subdivide en Mola de alto riesgo y mola de bajo riesgo.

La Neoplasia trofoblástica gestacional se subdivide en mola metastásica y mola no metastásica.

1.3.4.4.1 MOLA HIDATIFORME COMPLETA

También llamada clásica, en la cual se caracteriza porque hay ausencia total del feto y en la cual todas las vellosidades exhiben degeneración hidrópica, con característica exclusiva de ser avasculares, pudiendo observarse uno que otro vaso degenerado, siendo considerable la presencia de hiperplasia del citotrofoblasto y del sincitiotrofoblasto. (17,18).

La mola completa se puede identificar tempranamente por imagen ecográfica.

Las molas completas son diploides y diándricas, es decir, que tienen dos perfiles cromosómicos, paternos. (19)

El embarazo molar simultáneo con un feto vivo es una singularidad y un reto médico. Esta rareza se asocia con complicaciones maternas peligrosas que sitúan en riesgo la vida de la madre y su hijo (20).

Según Arriagada D (21) la manifestación clínica clásica de la mola hidatidiforme completa ha cambiado a partir de los años 70. Actualmente es poco habitual hallar hipertiroidismo, hiperémesis gravídica, insuficiencia pulmonar, preeclampsia y anemia, manteniéndose como síntoma principal para la sospecha diagnóstica el sangrado vaginal y el excesivo tamaño uterino

ETIOLOGÍA DE LA MOLA COMPLETA

Puede asumir doble origen:

En un mayor porcentaje (90%) de los embarazos con mola, presenta un cariotipo 46XX, que resulta de un ovocito que presenta un núcleo inactivo

el cual es fecundado por un espermatozoide haploide el cual duplica su material genético, con la característica de la no participación de cromosomas maternos. En el 10% de los casos el ovocito con núcleo inactivo es fertilizado por dos espermatozoides haploides, uno X y el otro Y (46XY) (22)

PATOLOGÍA

No se encuentra tejido fetal degeneración hidrópica de las vellosidades coriales e hiperplasia extensa del tejido trofoblástico.

PRESENTACION CLÍNICA (22)

La siguiente presentación clínica es característica

- Sangrado vaginal: Viene a ser el síntoma más frecuente, sucede en el 97% de los casos. Los tejidos molares podrían apartarse de la decidua e irrumpir los vasos maternos, por lo tanto grandes volúmenes de sangre retenida podrían dilatar la cavidad.
- Hiperémesis gravídica: Esta entidad se presenta en una de cuatro gestantes y la altura uterina se encuentra excesivamente aumentada y los niveles de hormona gonadotrofina coriónica se encuentran altos.
- La altura uterina es mayor según la edad gestacional.
- Toxemia: El 27% de las gestantes tienden a presentar preeclampsia.

- Hipertiroidismo: Ante la sospecha de esta entidad la cual se presenta en el 7% de las gestantes con mola se debe de realizar un dosaje de hormonas tiroideas.
- Los quistes teco-luteínicos, se encuentran presentes en el 50% de las pacientes con mola completa, los cuales se suscitan como resultado de elevadas concentraciones de hCG sub β .
- El 2% de los casos de gestantes con diagnóstico de mola desarrollan embolización trofoblástica, en la cual presentan los siguientes síntomas: taquicardia, disnea, dolor torácico y taquípnea

PATRON ECOGRÁFICO DE MOLA COMPLETA

El patrón ecográfico de una mola es bastante característico, la cual va a variar de acuerdo a la edad de gestación y al tamaño que puedan presentar las vellosidades hidrópicas. En el caso de la presente imagen se observa un tejido hiperecogénico intrauterino (imagen en "cristal esmerilado"), con zonas hiperecogénicas en su interior (en forma de "panal", "tormenta" o "copos de nieve") (18).

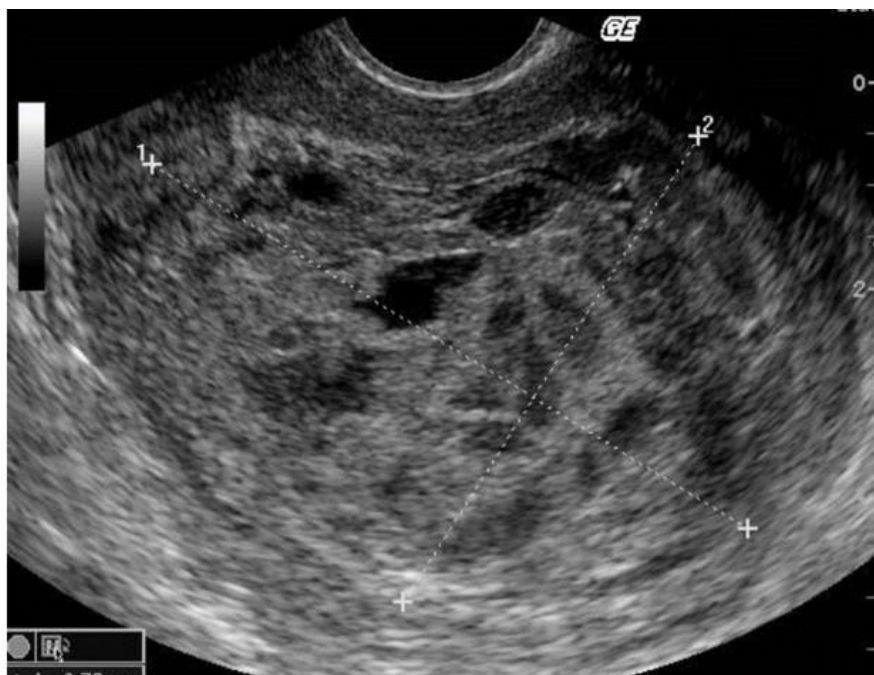


Figura 4. Patrón ecográfico de mola completa

Estas zonas hipocogénicas pertenecen a zonas de hemorragias internas y zonas vacías de la cavidad (18).

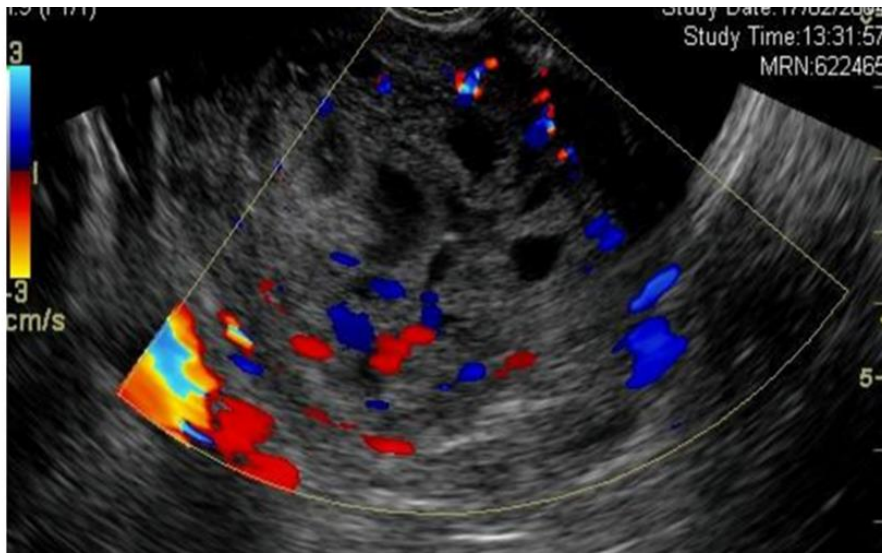


Figura 5. Zonas hipogénicas endometriales

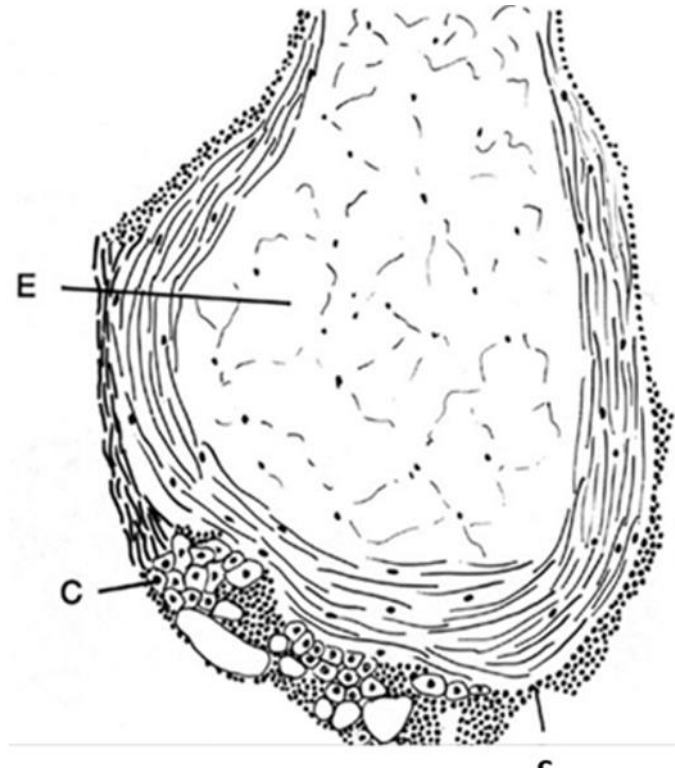


Figura 6. Esquema de una vellosidad de mola

1.3.4.4.2 MOLA HIDATIFORME PARCIAL (5)

La mola hidatidiforme parcial es causada por la presencia de tres perfiles cromosómicos, dos desarrollados por el padre y un perfil desarrollado por la madre. En el 90% de los casos de mola hidatidiforme parcial se produce por la fecundación de dos espermatozoides y un óvulo normal llamada fertilización dispérmica (5).

En el 10% de los casos se origina por la fecundación de un óvulo normal y un espermatozoide el que a su vez se duplica al igual que el material genético que posee. (fertilización monospermica) (5).

La Mola parcial puede mostrar peculiaridades de una placenta normal y de una mola hidatiforme completa. En ciertos casos de la complicación mola hidatidiforme parcial se encuentra presente el feto, siendo su desarrollo casi siempre anormal (19,20)

ETIOLOGÍA DE LA MOLA PARCIAL (22)

Se puede originar por:

Cuando el óvulo es fertilizado por dos espermatozoides

Cuando el ovulo es fertilizado por un espermatozoide diploide



Figura 7. Patrón ecográfico de mola parcial.



Figura 8. Pieza anatómica de placenta molar

Tabla N° 1 Características diferenciales entre mola completa y mola parcial

	Mola parcial	Mola completa
Ploidía	Triploide 69,XXY.69,XXX.69XYY.	Diploide 46,XX. 46,XY
Origen	Paterno y materno	Paterno
Embrión/feto	Presente (datos directos o indirectos) muerte precoz	Ausente
Carácter	Notable festoneado que aumenta con la fibrosis de las vellosidades, no hay necrosis celular mesenquimal.	Contorno redondo u ovoide, retraso de la maduración, necrosis irregular de las células mesenquimales durante la formación de las cisternas.
Tumefacción hidrópica	Netamente focal, menos pronunciada y lenta en su evolución.	Pronunciada; todas las vellosidades se afectan precozmente en la evolución molar
Vascularización Vellosidades.	Capilares persistentes y funcionantes que tienden a desaparecer tardíamente de las paredes de las cisternas; a menudo eritroblastos fetales (nucleados).	Capilares formados «in situ» exangües que desaparecen al formarse las cisternas.
Trofoblasto	Inmaduro y focal; hiperplasia leve a moderada, principalmente sincitial.	Importante hiperplasia del citotrofoblasto y sincitial de distribución irregular
Ecografía	Aumento del tamaño placentario con espacios quísticos; cambios vasculares focales; saco gestacional aumentado	Imagen en «panal de abejas» o en «nevada».
Secuelas malignas	<10%	15-20%

Fuente: <http://www.patologia.es/volumen35/vol35-num2/35-2n07.htm>

IMPORTANCIA DE LOS GENOMAS DE AMBOS PADRES

La contribución materna y paterna es imprescindible para el desarrollo normal del producto, la madre contribuye con información imprescindible para el desarrollo del feto y la parte paterna aporta información para el desarrollo de las estructuras extra embrionarias.

1.3.4.4.3 NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL NO METASTÁSICA

Enfermedad no metastásica: sin signos de patología fuera del útero, es una enfermedad de localización benigna, sin características invasivas ni neoplásica, pero que en algún momento puede transformarse y degenerarse en una entidad maligna.

NEOPLASIA TROFOBLASTICA GESTACIONAL METASTÁSICA (23)

Enfermedad metastásica: cualquier signo de patología fuera del útero.

Las variedades malignas de la enfermedad trofoblástica gestacional se denominan Neoplasia trofoblástica gestacional (GTN, gestational trophoblastic neoplasia).

Este término incluye a:

- **MOLA INVASORA**

ETIOLOGÍA:

Se define así por el desarrollo trofoblástico monstruoso y su capacidad invasora local y extensa por las estructuras trofoblásticas, que contienen vellosidades completas, en el miometrio llegando a penetrar hasta el peritoneo, parametrios y cúpula vaginal contigua.

Las metástasis a distancia son raras.

PATOLOGÍA:

Su caracterización se basa en la invasión del miometrio de vasos y células del cito y sincitiotrofoblasto.

MANIFESTACIÓN CLÍNICA:

Dicha entidad se manifiesta presentando hemorragia de intensidad severa y en ocasiones se detecta el diagnóstico al examen de la pieza producto de histerectomía.

Constituyen el 15% de los embarazos molares.

También se utilizan otros términos para referirse y son enfermedad trofoblástica gestacional maligna y enfermedad trofoblástica gestacional persistente.

Estos tipos de cánceres se pueden presentar después de varias semanas o años posterior a cualquier otro embarazo; con mayor frecuencia después de un embarazo molar. Según Smith H, Qualls (25) refiere que otros estudios mencionan que uno de cada 40 embarazos molares presentará transformación hacia coriocarcinoma.

Estas variedades tumorales se les puede diferenciar por sus propiedades histológicas y por su predisposición a invadir y proyectar metástasis.

- **CORIOCARCINOMA (24)**

ETIOLOGÍA:

El coriocarcinoma gestacional (CG) es una neoplasia maligna que se origina en el trofoblasto gestacional, con la particularidad que es altamente agresivo cuando no se le trata en el momento indicado.

PATOLOGÍA: (24)

La patogenia es imputada a una variación en la normalización de la invasión de las células del trofoblasto a la decidua. En esta regulación intervienen las células del sistema inmune por lo que se ha observado un descenso en la concentración linfocitos T8 y células CD56 en relación a placentas de características normales. Este tipo de neoplasia está precedida siempre de un embarazo, aborto o embarazo molar.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El sangrado transvaginal es la manifestación clínica más frecuente debido a los sitios de metástasis, le siguen los síntomas respiratorios.(24,26)

Esta neoplasia es muy vascularizada, proliferativa con un elevado nivel de necrosis y ausencia del tumor en el sitio primario. Macroscópicamente se identifica lesiones nodulares, friables, necrohemorrágicas.

Microscópicamente esta neoplasia tiene un esquema plexiforme dimórfico, formado por células poligonales con citoplasma extenso y eosinófilo. Se observa además entre estas células hemorragia extensa acompañada de necrosis (24,26).

- **TUMOR TROFOBLÁSTICO PLACENTARIO (TTP) (22).**

ETIOLOGÍA

Es una variante poco usual de la enfermedad trofoblástica del embarazo, siendo formado esencialmente por trofoblasto intermedio (27). A diferencia de otros tumores trofoblásticos, es peculiar en esta enfermedad la insuficiente elaboración de gonadotropina coriónica humana en correspondencia con el volumen tumoral.

Tiene bajo potencial de malignidad, y aunque presentan un crecimiento limitado a la infiltración en profundidad del miometrio, de forma poco habitual, se ha descrito el comportamiento metastático de este tumor

PATOLOGÍA

Macroscópicamente puede verse como un nódulo polipoide hacia la cavidad endometrial que infiltra miometrio y serosa. Es característico de este tumor el predominio de células citotrofoblásticas, y en inmunohistoquímica se encuentran muchas células productoras de prolactina y pocas de gonadotropinas, por

lo cual la producción de hCG sub β es variable o ausente. Tiende a quedarse confinado al útero, las metástasis aparecen de manera tardía en su evolución. En contraste con los otros tumores trofoblásticos, es relativamente insensible a la quimioterapia (22)

TUMOR TROFOBLÁSTICO EPITELIOIDE (TTE)

ETIOLOGÍA:

El tumor trofoblástico epiteloide, es una variante del TTP que se desarrolla a partir de la transformación neoplásica del trofoblasto extraveloso. Al igual que los TTSP, los TTE pueden detectarse varios años después de un parto a término (22)

PATOLOGIA:

Su diagnóstico se efectúa por la aparición de infiltrados nodulares a altura miometrial. Se ubica en el útero (30%), en el segmento (20%) o en el endocérvix (20%). Puede estar en el intestino delgado y/o pulmón.

Tabla 2. Sistema de estadificación

ESTADIO	
I	Tumor limitado al cuerpo uterino.
II	Tumor extendido a los anexos pero respeta el tracto genital.
III	Se extiende a los pulmones con compromiso del tracto genital o sin él.
IV	Todos los demás sitios de metástasis.

Fuente: Federación Internacional de gineco Obstetricia

1.3.4.5 FACTORES DE RIESGO

Se han descrito una serie de factores de riesgo para las diversas entidades molares, siendo el principal el antecedente de embarazo molar. Así mismo la edad materna es el indicador más significativo de los elementos de riesgo en las cuales las mujeres mayores de 40 años y menores de 20 tienen un riesgo 5.2 veces mayor de presentar enfermedad del trofoblasto. A continuación se enumeran factores de riesgo para esta entidad.

- Gestación gemelar previa.
- Paridad elevada.
- Primiparidad.
- Malnutrición.
- Uso de medicamentos de larga data

- Hiperactividad de la tiroides
- Quiste ovárico más de 6 cm.
- Socioeconómicos y nutricionales: déficit de carotenos (30)
- Grupo sanguíneo: mujer de grupo A con pareja de grupo O.(30)

1.3.4.6 CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico de un embarazo con mola hidatidiforme presenta por lo general sangrado vaginal generalmente color marrón oscuro, dolor abdominal por altura uterina mayor que la edad gestacional, ovarios pueden estar con mayor tamaño de lo normal, expulsión de restos molares, puede presentar un cuadro de hipertiroidismo, signos de pre eclampsia o de hipertensión arterial

Generalmente presenta un cuadro de hiperémesis gravídica, hipertensión y proteinuria.

1.3.4.7 DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de la enfermedad del trofoblasto utilizamos el interrogatorio, el examen físico ecografías rayos X y revisión de los niveles de hormona gonadotrofina coriónica humana. Si hay sangrado vaginal puede detectarse material vesicular y en la ecografía se describe un patrón en tormenta de nieve. También se detecta crecimiento uterino exagerado y niveles especialmente altos de bHCG(28).

Al exámen bioquímico sanguíneo muestran valores muy altos de la hormona gonadotrofina coriónica humana.

El diagnóstico definitivo para valorar el estadiaje de la mola se realiza a través del examen histopatológico (28).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para el diagnóstico diferencial se realiza tomando en cuenta a las hemorragias del primer trimestre de la gestación.

1.3.4.8 MANEJO Y TRATAMIENTO (29,30)

Se debe realizar los siguientes estudios:

- Hemograma.
- Hemoglobina.
- Recuento plaquetario.
- Tiempo de coagulación.
- Tiempo de sangría.
- Pruebas de funcionamiento hepático y renal.
- Determinación del grupo y factor.
- Niveles de HGC.
- Radiografía de Tórax.
- Ecografía obstétrica.

MEDIDAS GENERALES (31)

- Canalización de vía con catéter intravenoso N° 18.
- Hidratación y estabilización.
- Consentimiento informado.

Evacuación del contenido intra uterino inmediatamente después que se detecta esta complicación, previos estudios correspondientes para evitar la malignización.

EVACUACIÓN DE LA MOLA (31)

Va a depender de:

- Si la edad gestacional es menor o igual que 12 semanas se procederá a evacuación vía vaginal a través de aspiración manual endouterina (AMEU).

Si la edad gestacional es mayor o igual que 12 semanas se procederá a inducción con:

Solución salina 0,9% 1000 cc con oxitocina 10 UI a un goteo regulable.

También puede inducirse con misoprostol 200 mcg intravaginal cada 6 horas hasta obtener el resultado propuesto.

Evacuación del contenido uterino.

Histerectomía en casos de perforación uterina o hemorragias graves.

Posteriormente a la evacuación endouterina se realizará dosaje de HCG cada dos días debiendo de bajar los niveles de la hormona.

En mujeres con edades más 40 años se sugiere realizar histerectomía, a fin de minimizar el riesgo de secuelas malignas. Así mismo cuando la proporción de quistes es mayor y la gestante no desea más embarazos se puede practicar también la histerectomía.

El tratamiento de la neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), va a depender siempre y cuando se trate de una enfermedad metastásica o no y si es de buen o mal pronóstico así como de su estadio según FIGO (28).

TRATAMIENTO EN CASO DEL TUMOR TROFOBLASTICO GESTACIONAL DE BAJO RIESGO (32,33)

Se utiliza quimioterapia de un solo agente:

- Methotrexate 0.4 mg/Kg vía oral o Intramuscular por 5 días.
- Actinomisina D 12ug/Kg/dia, vía intravenosa por cinco días.
- Control leucocitario.

TRATAMIENTO EN CASO DEL TUMOR TROFOBLASTICO GESTACIONAL DE ALTO RIESGO (33)

- Quimioterapia múltiple a pesar que es altamente tóxico
- Methotrexate, actinomicina, cloranmbucil, sulfato de vincristina, ciclofosfamida, en dosis y concentraciones según criterio oncológico.

SEGUIMIENTO (28)

El seguimiento en pacientes con diagnóstico y tratamiento de HTG debe ser estricto, lo cual va a permitir revelar en forma precoz el proceder desfavorable de la enfermedad para realizar intervenciones oportunas. Este seguimiento comprende:

- Manejo anticonceptivo por doce meses.
- Dosaje de niveles de bHCG cada siete días hasta obtener 3 resultados negativos, luego dosaje mensual hasta completar un año de seguimiento.
- Al año de seguimiento realizar radiografía de tórax.
- De presentarse una nueva gestación, se debe realizar un examen ecográfico precoz y posteriormente la placenta debe tener un estudio anatomopatológico
- Si al dosaje de bHCG se encuentran valores que no descienden en seis semanas o estos valores ascienden la paciente podría estar cursando con enfermedad trofoblástica persistente o maligna; en ambos casos se inicia tratamiento con quimioterapia

1.3.4.9 FACTORES DE MAL PRONÓSTICO (32)

- Demora en más de cuatro meses la evacuación endouterina.
- Quistes tecoluteínicos con diámetro mayor de cinco cm.

- Crecimiento rápido del útero.
- Edad de la madre mayor de 40 años.
- Mola anterior.
- Dosajes de β -hCG mayor de 100.000 UI en orina de 24 horas pre evacuación o más de 40,000 en sangre (32).
- Metástasis al cerebro o al hígado.

Tabla 3. Sistema de puntaje diagnóstico

Factor pronóstico	Puntaje *			
	0	1	2	4
Edad (años)	< 39	> 39		
Antecedente previo	Mola hidatiforme	Aborto Embarazo ectópico	Embarazo de término	
Intervalo de tratamiento	< 4 meses	4 - 6 meses	7 - 12 meses	> 12 meses
HCG sub β inicial	< 10^3 mU/ml	$10^3 - 10^4$ mU/ml	$10^4 - 10^5$ mU/ml	> 10^5 mU/ml
Grupos sanguíneos		O x A	B - AB	
Tamaño Tumor	< 3 cm	3 - 5 cm	> 5 cm	
Sitios de metástasis	No detectadas Vagina - Pulmón	Bazo Riñon	Tracto gastrointestinal - Hígado	Cerebro
Número de metástasis	0	1 - 4	4 - 8	> 8
Quimioterapia previa			Monodroga	Dos o más drogas

* Bajo riesgo: 4 puntos o menos; Riesgo intermedio: 5-7 puntos; Riesgo elevado: 8 puntos o más.

1.3.4.10 HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICAS HUMANAS (34)

La hormona gonadotropina coriónica humana, es una glicoproteína que libera el embrión después de su implantación y va a permitir la confirmación del embarazo.

La hCG está constituida por dos subunidades:

Una de ellas es denominada FRACCIÓN ALFA, la cual se detecta también en otras hormonas que libera la glándula hipófisis como la hormona estimulante de la tiroides (TSH) y la folículo estimulante (FSH)

La otra subunidad es la que se denomina FRACCIÓN BETA. Esta subunidad se halla única y exclusivamente en la hormona coriónica gonadotropina humana (hCG) la cual es detectada a través de la orina o sangre en los test de embarazo.

Se puede diferenciar dos formas para realizar el análisis de esta hormona:

1.- Test de embarazo cuantitativo.- En este examen laboratorial se revela el nivel correcto de la (beta-hCG) en sangre materna.

2.- Test de embarazo cualitativo.- En este examen solo se indica la presencia o no presencia de beta-hCG ya sea en sangre o en orina, sin cuantificar los niveles exactos de la misma

El nivel de hormona varía a medida que avanza la gestación, teniendo valores mínimos y máximos para cada edad gestacional, así mismo estos valores difieren de mujer a mujer teniendo un carácter orientativo, siendo más significativo su aumento a medida que prospera el embarazo.

El nivel de la hormona se reproduce al doble aproximadamente cada 48-72 horas.

Es importante realizar el análisis en sangre puesto que revela concentraciones más bajas.

Los valores altos de la hormona nos deben de hacer sospechar que puede ser embarazo múltiple, mola o coriocarcinoma.

Los valores bajos pueden estar cursando por óbito, aborto incompleto, etc.

1.3.5 TÉRMINOS CONCEPTUALES

ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO.- Conjunto de trastornos que presenta la proliferación del trofoblasto gestacional, que pueden ir desde lesiones benignas hasta malignas.

MOLA COMPLETA.- Degeneración hidrópica de vellosidades coriales, hiperplasia trofoblástica difusa (29).

MOLA PARCIAL.- Hay presencia de tejido embrionario o fetal hiperplasia trofoblástica focal.(29)

NEOPLASIA TROFOBLASTICA GESTACIONAL NO METASTASICA.- Enfermedad no metastásica: sin signos de patología fuera del útero (29)

NEOPLASIA TROFOBLASTICA GESTACIONAL METASTASICA.-Se denomina así a cualquier signo de patología proliferativa fuera del útero (29).

HORMONA GONADOTROPINA HUMANA.- La hormona gonadotropina coriónica humana, es una glicoproteína que libera el embrión después de su implantación y va a permitir la confirmación del embarazo (42).

CAPÍTULO II

CASO CLINICO

INTRODUCCIÓN

Un caso clínico en general tiene como objetivo contribuir a incrementar nuestros conocimientos médicos demostrando aspectos nuevos o educativos de una determinada enfermedad, siendo el informe del caso clínico el primer escalón en la investigación clínica. (34)

Uno de los parámetros para enseñar y aprender la medicina es en gran parte gracias a ellos, los cuales se ordenaban en una secuencia lógica y alternativa.

El presente caso clínico es de una paciente mujer en edad reproductiva que se ve en la necesidad de acercarse a un hospital de la Región Moquegua por presentar sintomatología que aqueja su salud y calidad de vida.

2.1 OBJETIVOS

1. Determinar si la sintomatología y hallazgos exploratorios presentados por la paciente en el presente caso clínico, se identifica con la sintomatología y hallazgos exploratorios que presenta la entidad clínica de enfermedad del trofoblasto.
2. Determinar la clasificación de la enfermedad del trofoblasto que le corresponde a la paciente en estudio, según examen histopatológico.
3. Definir la importancia que tiene el seguimiento en este caso clínico.

2.2 SUCESOS RELEVANTES

Primera intervención del personal de salud con la paciente se da en el servicio de emergencia del hospital regional en Moquegua.

HISTORIA CLÍNICA BREVE

FECHA: 05/01/2018

HORA: 9:15 hrs

Paciente mujer de 47 años de edad, refiere iniciar enfermedad de forma insidiosa y curso progresivo, por presentar dolor en hemiabdomen inferior tipo cólico y sangrado transvaginal escaso, rojo oscuro 1 hora antes de su ingreso, además de náuseas y vómitos, motivo por el cual es referida de su centro de salud.

ANTECEDENTES:

Fecha de última menstruación: 04/09/2017.

Fecha de último parto: 04/08/2007.

FORMULA GRAVÍDICA

G7P7007

- Menarquia: 15 años
- Inicio de relaciones sexuales: 19 años
- Método anticonceptivo : no usa

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente presenta dolor y sangrado vaginal.

AL EXAMEN:

Funciones vitales:

- Temperatura: 36°C; pulso:74 por minuto; presión arterial: 100/70 mm Hg; peso: 56 kg; talla:1.53 metros.
- Al examen paciente en aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de hidratación (AREH), aparente regular estado de nutrición (AREN), álgica, piel tibia al tacto, mucosas orales semihúmedas, llenado capilar menor de 2 seg.
- Cardio vascular (CV): ruidos rítmicos normo fonéticos, no ruidos agregados
- Abdomen: blando muy doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior
- Genitales externos con presencia de sangrado vaginal de coloración rojo oscuro.

Se decide realizar ecografía de emergencia:

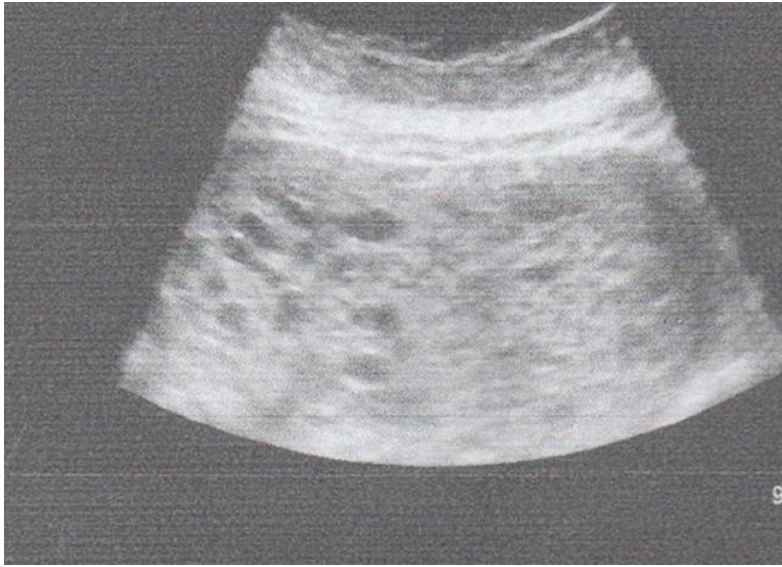


Figura 9. Ecografía de caso clínico en el servicio de emergencia

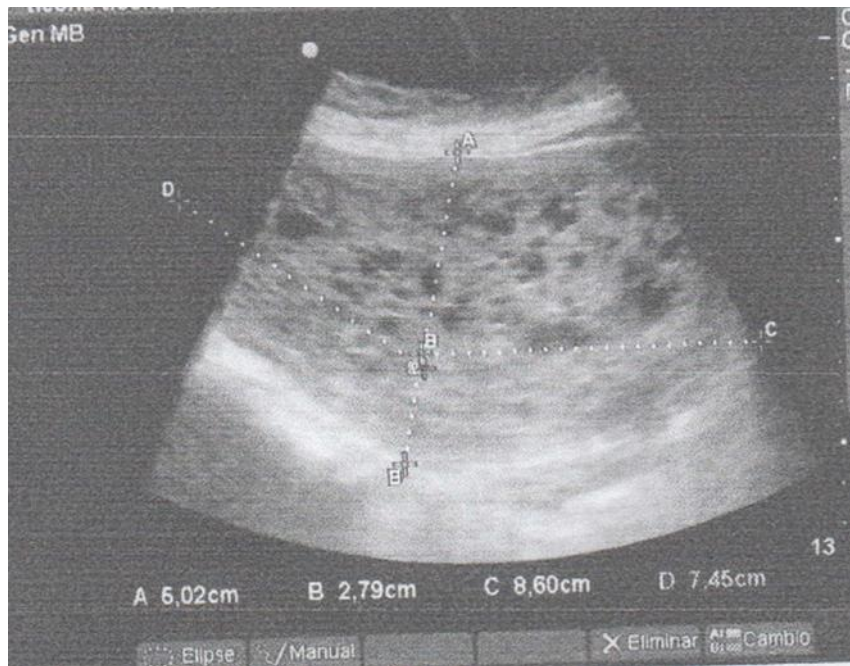


Figura 10. Ecografía de caso clínico

Ecografía: En las presentes imágenes (Fig. 9 y 10) se observa útero de 14 por 12cm. de diámetro, no presenta tumoraciones anexiales, ausencia de latidos cardíofetales, cuello uterino con escaso sangrado rojo oscuro que sale por el orificio cervical externo.

Diagnósticos

- Mola hidatidiforme total
- Descartar (d/c) coriocarcinoma.

Plan de trabajo:

Se da orden de hospitalización, la cual es consentida por la paciente.

- Se indica administrar cloruro de sodio al 0.9 por ciento (Cl Na 9%) 1000cc
15 gotas por minuto.
- Dieta completa más líquidos orales a voluntad.
- Control de funciones vitales cada 6 horas.
- Control de sangrado transvaginal estricto.
- Radiografía de tórax anteroposterior.

EXAMENES AUXILIARES

- Transaminasas aminotransferase de aspartate (TGO) y aminotransferase de alanine (TGP).
- Hormona gonadotropina coriónica (HCG), fracción β CUANTITATIVA seriado.
- Repetir ecografía ginecológica.

HOSPITALIZACIÓN

1.- DATOS DE FILIACIÓN:

- ✓ Nombre : XXXX
- ✓ Edad : 47 años
- ✓ Sexo : Mujer
- ✓ Raza : Mestiza
- ✓ Religión : Adventista
- ✓ Grado de instrucción : Primaria incompleta
- ✓ Ocupación : Agricultora

- ✓ Fecha de nacimiento : 14 / 02 / 1970
- ✓ Natural de : Puno
- ✓ Procedente de : Moquegua (San Francisco)
- ✓ Dirección : XXXXXXXX
- ✓ Fecha de ingreso : 05 / 01 / 2018
- ✓ Hora : 9:15 horas.

2.- ENFERMEDAD ACTUAL

- Tiempo de enfermedad : 1 día.
- Síntomas principales : Dolor abdominal, sangrado transvaginal.
- Forma de inicio : Insidioso.
- Curso : Progresivo.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Paciente refiere que el cuadro inicia de forma insidiosa con dolor en hemi abdomen inferior, que se exagera con el tiempo, presenta sangrado transvaginal en regular cantidad color rojo oscuro, motivo por el cual acude por Emergencia.

NOTA: Día anterior a su ingreso, acude a consultorio particular, donde le realizan ecografía ginecológica, llegando a una conclusión de mola hidatidiforme.

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

- Apetito : Conservado.
- Sed : Conservado.
- Deposiciones : Conservado.
- Orina : Conservado.
- Sueño : Conservado.

3.- ANTECEDENTES

3.1.- ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS:

Parto : Eutócico.

Lactancia : Exclusiva.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

- Menarquía : 15 años.
- Inicio de relaciones sexuales : 19 años.
- Régimen catamenial : Irregular.
- Fecha de última menstruación : 04 / 09 / 2017.
- Método anticonceptivo : No usa.
- Último parto : 04/08/2007
- Fórmula gravídica : G(7) Pv (7) P (0) Ab(0) Hv
(7) Hm (0)

ALIMENTACIÓN:

- Variada (carbohidratos, proteínas, lípidos)

HÁBITOS:

- Alcohol : Negativo (-)
- Tabaco : Negativo (-)

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA:

- Vivienda :Material módulo de madera (propia)
- Servicios básicos : Agua (si) Luz (si) Desagüe (si)
Recolector de basura (si) cada 2 días.
- Dependencia económica: De ella misma.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- Patologías de la infancia : No recuerda.
- Accidentes : Ninguno.
- Intervenciones quirúrgicas : Ninguna.
- Hospitalizaciones previas : Dos últimos partos.
- Transfusiones : Ninguna.
- Alergias a medicamentos : Ninguna.

3.2.- ANTECEDENTES FAMILIARES

- Padre : Vivo aparentemente sano.
- Madre : Desconoce su paradero.
- Hermanos : Mujer (02) en aparente buen estado general
(ABEG) y Varón (03) en aparente buen estado general (ABEG)
- Esposo : Vivo en aparente buen estado general

➤ Hijos : Hijas mujeres cinco en aparente buen estado general.

: Hijos varones dos en aparente buen estado general.

ENFERMEDAD ACTUAL

Impresión diagnóstica:

Enfermedad trofoblástica gestacional

- Mola hidatiforme
- Descartar coriocarcinoma

SE SOLICITA ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA:



Figura 11. Ecografía de caso clínico



Figura 12. Ecografía de caso clínico

En las figuras 11 y 12, se observa útero en ante verso flexión y en cavidad uterina formación de tejido placentario con múltiples vesículas en panal de abeja de aproximadamente 66 mm de grosor, sin presencia de tejido embrionario, no se evidencian anexos.

Útero : En anteverso flexión

Dimensiones : Diámetro longitudinal 15mm, diámetro antero posterior 106mm,
diámetro transverso: 132 mm.

Superficie : regular

Miometrio : homogéneo

CONCLUSIONES:

Enfermedad trofoblástica gestacional:

Mola hidatidiforme completa.

INDICACIÓN

Se solicita sub unidad beta hormona gonadotrofina coriónica (BHCG) cuantitativa

Fecha: 05/01/2018

Exámenes de laboratorio.

BIOQUÍMICA:

- Glucosa : 64.1 mg%
- Creatinina : 0.70 mg%
- Bilirrubina total : 0.39.
- Bilirrubina directa : 0.38.
- Proteínas : 6.83.
- Albúmina : 3.93.
- Globulina : 2.9.

HEMOGRAMA:

- Leucocito : 7,300/mm³.
- Plaquetas : 235,000/mm³.
- Eosinofilos : 03%.
- Segmentados : 73%.
- Linfocitos : 21%.
- Monocitos : 03%.

EXAMEN COMPLETO DE URINA

- Eritrocitos: 2-3 por campo.
- Células epiteliales : 3-5 por campo.
- Aspecto : Ligeramente turbio.
- Densidad : 1.020.
- Glucosa : positivo dos cruces (++).
- Bacterias : positivo dos cruces (++).
- Leucocitos : 8-10 por campo.

EXÁMENES SANGUINEOS

- Grupo 0 factor Rh positivo
- Tiempo de Coagulación: 8'30''
- Tiempo de sangría: 2'30''

Fecha: 6/01/2018

Primer día de Hospitalización

Funciones Vitales: Temperatura 37 grados centígrados, frecuencia cardiaca: 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, presión arterial 120/70 mm Hg.

EVOLUCIÓN

- Paciente refiere pasar la noche tranquila, presenta leve dolor en abdomen tipo retortijón, sangrado transvaginal escaso.

Diuresis en 24 horas de: 1400 centímetros cúbicos (cc)

LABORATORIO:

- Urocultivo y antibiograma: negativo para gérmenes comunes

INDICACIONES:

- Control de funciones vitales cada 4 horas.
- Reposo absoluto.
- Vigilar signos de alarma.

TRATAMIENTO:

- Cloruro de sodio 1000 cc al 9 por mil pasar a 20 gotas por minuto.
- Antibiótico: Ceftriaxona 2gr cada 24 hrs vía endovenosa

Fecha: 7 enero del 2018.

Segundo día de hospitalización:

Presión arterial 100/60 mm Hg, temperatura 36,7, frecuencia cardiaca 78 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto.

Diuresis en 24 horas de 2300 cc.

- Paciente refiere pasar la noche intranquila, presenta dolor tipo cólico, retortijón, no elimina heces desde el día de su ingreso, eliminación de flatos sí.
- Abdomen: blando doloroso, ligeramente distendido, ruidos hidro aéreos positivos (+), aumentados en frecuencia, no doloroso a la palpación superficial, si doloroso a la palpación profunda, timpánico en área de hemiabdomen superior.

- Genito urinario: no se aprecia secreciones, ni sangrado transvaginal

EVOLUCIÓN: Estacionaria.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Enfermedad trofoblástica gestacional.
- Mola hidatidiforme.
- Descartar coriocarcinoma.
- Infección del tracto urinario.
- Descartar obstrucción intestinal.

INDICACIONES:

- Control de funciones vitales cada 4 horas.
- Se solicita radiografía de tórax.
- Repetir BHCG cuantitativo, en otro laboratorio. (El Hospital no cuenta con reactivo para procesar la muestra).
- Reposo absoluto.
- Vigilar signos de alarma.

TRATAMIENTO:

- Dieta completa más líquidos orales a voluntad
- Cloruro de sodio 1000 cc al 9 por mil pasar a 20 gotas por minuto.
- Antibiótico: Ceftriazona 2 gramos cada 24 hrs. vía endovenosa.

RESULTADOS DE LABORATORIO

BHCG CUANTITATIVO (07/1/18):

Resultado: 346,450.00

RESULTADOS DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX

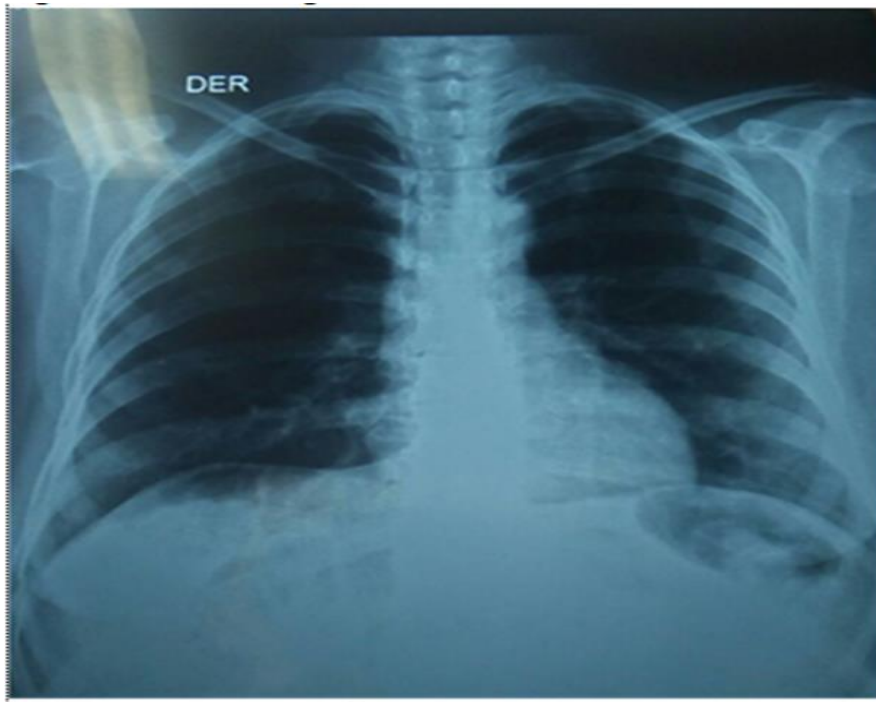


Figura 13 Radiografía de caso clínico

En la presente figura correspondiente a radiografía de tórax no presenta imágenes correspondientes a metástasis pulmonar.

Fecha: 8/02/2018

Tercer Día de hospitalización

Presión arterial 110/70 mm Hg, temperatura 36,6 grados centígrados, frecuencia cardiaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto.

Diuresis 2600 cc.

- Paciente refiere disminución de dolor en hipogastrio, se encuentra en reposo absoluto, vía endovenosa permeable.
- Genito Urinario: No se aprecia sangrado transvaginal

EVOLUCIÓN: Estacionaria.

Impresión Diagnóstica

- Enfermedad trofoblástica gestacional.
- Mola hidatidiforme.
- Descartar coriocarcinoma.
- Infección del tracto urinario.

INDICACIONES

- Control de funciones vitales cada 4 horas.
- Reposo absoluto.
- Se solicita interconsulta a oncología.
- Repetir BHCG cuantitativo seriado.
- Vigilar signos de alarma.
- Cambio de vía.

TRATAMIENTO

- Dieta completa más líquidos orales a voluntad.
- Cloruro de sodio al 9 por mil 20 gotas por minuto.
- Antibiótico: Ceftriazona 2 gramos cada 24 hrs. vía endovenosa.

RESULTADOS DE LABORATORIO

BHCG CUANTITATIVO (Seriado): 411,361,00

Fecha: 09 de enero del 2018

Cuarto Día de Hospitalización.

Presión arterial: 100/60 milímetros de mercurio, temperatura 36,5 grados centígrados, frecuencia cardiaca 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto.

Paciente pasa la noche sintiendo dolor abdominal, tipo retortijón, de intensidad aumentada. Presenta vómito en una oportunidad de contenido líquido blanquecino, con espuma de aproximadamente 400cc.

Diuresis en 24 horas de 2,800 cc.

AL EXAMEN

- Abdomen: blando doloroso a la palpación a nivel de hemiabdomen inferior, ruidos hidro aéreos aumentados una cruz
- Génito urinario: no se aprecia sangrado transvaginal.
- Miembros inferiores sin edemas.

EVOLUCIÓN. Estacionaria

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Enfermedad trofoblástica gestacional.
- Mola hidatidiforme.
- Descartar coriocarcinoma
- Infección del tracto urinario

INDICACIONES:

- Control de funciones vitales cada 4 horas.
- Reposo absoluto.
- Se reitera interconsulta al servicio de oncología.
- Coordinaciones para referencia con el seguro integral de salud.
- Vigilar signos de alarma.

TRATAMIENTO

- Dieta completa más líquidos orales a voluntad.
- Cloruro de sodio al 9 por mil 20 gotas por minuto.
- Antibiótico: Ceftriazona 2 gramos cada 24 hrs. vía endovenosa.

Fecha: 10/01/2018

Quinto Día de Hospitalización

Presión arterial: 110/73 milímetros de mercurio, temperatura 36,8 grados centígrados, frecuencia cardiaca 72 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto.

Paciente pasa la noche tranquila, concilia sueño no presenta dolor. Interconsulta a oncología es resuelta indicando referencia a establecimiento de mayor complejidad, para mejor análisis y estudio.

AL EXAMEN:

Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, ruidos hidroaéreos positivos una cruz, no edemas en miembros inferiores.

Génito urinario: Se observa sangrado transvaginal de coloración oscura.

EVOLUCIÓN: Estacionaria

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Enfermedad trofoblástica gestacional.
- Mola hidatidiforme.
- Descartar coriocarcinoma
- Infección del tracto urinario

INDICACIONES:

- Control de funciones vitales cada 4 horas.
- Reposo absoluto.
- Coordinaciones para referencia con el seguro integral de salud.
- Vigilar signos de alarma.

TRATAMIENTO

- Dieta completa más líquidos orales a voluntad.
- Cloruro de sodio al 9 por mil 20 gotas por minuto.
- Antibiótico: Ceftriazona 2 gramos cada 24 hrs. vía endovenosa.

NOTA: Se refiere a paciente a establecimiento de mayor complejidad para un mejor manejo por especialidad.

Paciente de alta médica.

Es referida a Hospital Honorio Delgado-Arequipa.

SEGUIMIENTO DEL CASO

Fecha de ingreso al hospital de mayor complejidad Honorio Delgado de
Arequipa: 10 de enero del 2018

Fecha de egreso: 27 de enero del 2018

Fecha: 13 de enero del 2018.

INFORME RADIOLÓGICO

Nº DE RADIOGRAFIA: 88006 EDAD: 47 años

EXAMEN RADIOGRÁFICO: Tórax

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: D.C. Metastásis

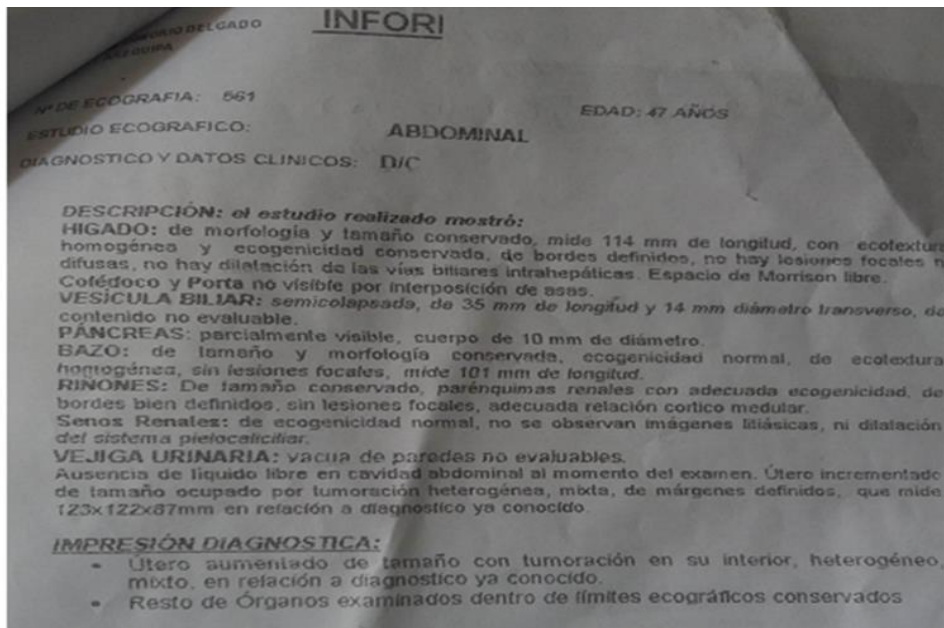
DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO: Tórax Radiológicamente Normal

DESCRIPCIÓN:

Re. Tórax PA muestra: (Plax. normal)
Campos pulmonares de transparencia conservada.
No se observa "signos" de:
edema pulmonar y pleuropatía dentro de los
límites.

Figura 14. Informe radiológico de caso clínico

El presente estudio radiológico muestra ambos campos pulmonares de transparencia conservada, silueta cardíaca y mediastino dentro de límites conservados.



En la figura N° 15 se presenta el estudio ecográfico abdominal, concluyendo con el diagnóstico de:

- Útero aumentado de tamaño con tumoración en su interior, heterogéneo mixto en relación a diagnóstico ya conocido.
- Resto de órganos examinados dentro de los límites ecográficos conservados.

Fecha: 14 de enero del 2018

Paciente con exámenes auxiliares y procedimientos completos se decide programar operación de histerectomía total abdominal.

Fecha: 17 de enero del 2018

Ingresa a sala de operaciones y se obtiene el siguiente reporte operatorio, según figura N °16.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	: Enfermedad trofoblástica gestacional, D/C Coriocarcinoma.
DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO	: Enfermedad trofoblástica gestacional, D/C Coriocarcinoma, quiste ovárico izquierdo
OPERACIÓN REALIZADA	: Histerectomía total abdominal, salpingooforectomía izquierda
CIRUJANOS	: Dr. Chavez, MR2 Monroy, MR2 Martínez
ANESTESIA	: General inhalatoria
ANESTESIOLOGO	: Dr. Blanco
FECHA	: 17/01/2018
HORA INICIO - TERMINO:	: 08:30 11:30

HALLAZGOS: Abierta cavidad abdominal se encuentra útero de 16 x 10 x 13 cm de superficie regular rosada, anexos ovario derecho de 4 x 3 x 2 cm superficie regular, trompa ipsilateral de 7 x 1 cm aspecto conservado, ovario izquierdo de 5 x 4 x 3 cm, con un quiste sin compromiso vascular de 3 x 3 cm, blanco nacarado, renitente; trompa ipsilateral de 7 x 1 cm aspecto conservado. Ligamentos uterosacros y cardinales elongados, mucosa vaginal eutrofica.

PROCEDIMIENTO: Paciente en decúbito dorsal bajo efectos de anestesia, antisepsia y asepsia de zona operatoria, colocación de campos estériles. Incisión de tipo transversa suprapubica, disección por planos hasta llegar a cavidad abdominal. Examen de órganos intraabdominales. Se coloca separador Alexis. Identificación de hallazgos descritos. Se individualiza y expone útero. Pinzamiento sección y ligadura de ligamento redondo con ácido poliglicólico I, disección de ligamento ancho hoja anterior hasta repliegue vesicouterino con electro fulguración. Se abre ventana en hoja posterior de ligamento ancho. Pinzamiento sección y ligadura de ligamentos uteroovarios y trompas uterinas con ácido poliglicólico I. Se disecciona fascia pubovesical cervical y se expone ligamento cardinal con tracción de pedículo de las uterinas. Pinzamiento, sección y ligadura de ligamentos uterosacros con ácido poliglicólico I. Se disecciona espacio retro uterino hasta altura de cérvix. Sección en fascia vesicouterina en V. Colpotomía a cielo abierto. Se extrae útero con corte a 1 cm de vagina, con electro fulguración y se colocan 5 gasas con solución yodada en cavidad vaginal. Revisión de hemostasia. Sutura y suspensión de cúpula vaginal con ácido poliglicólico 0 en surget continuo en I plano. Colposuspension con ligamentos cardinales y en la parte central con ligamentos uterosacros. Revisión de hemostasia. Spunch de cavidad. Cierre de pared abdominal por planos. Peritoneo parietal con catgut crómico 2/0 en surget continuo, cierre de aponeurosis con ácido poliglicólico I en surget continuo. Cierre de TCSC con puntos simples con catgut crómico 2/0. Piel con puntos intradérmicos con ácido poliglicólico 3/0.

Se retira 5 gasas de canal vaginal.

Paciente es retirada de SOP en buenas condiciones bajo efectos de anestesia.

Se envía muestra obtenida a anatomía patológica

Diuresis intraoperatoria 100 cc

Sangrado intraoperatorio 50 cc.

Figura 16. Reporte operatorio.

Fecha: 25 de enero del 2018

INFORME ANATOMO PATOLOGICO:

PIEZA RECIBIDA:

Útero más anexo izquierdo.

OPERACIÓN REALIZADA:

Histerectomía total más oforosalinguectomía izquierda.

HALLAZGOS:

- Exo y endocervicitis crónica.
- Displasia leve.
- Quistes de Naboth.
- Bordes de sección exocervical endometrio con reacción desigual de tipo gestacional y fenómeno de arias.
- Mola hidatidiforme parcial.
- Anexo izquierdo: ovario con cuerpos albicans y quiste seroso simple.
- Trompa uterina con vasos congestivos

Beta gonadotropina coriónica humana (BHCG) de control.

BHCG: pre operatorio.....400'000
BHCG: 19/01/2018.....50,000
BHCG: 22/01/2018.....11,000
BHCG: 26/01/2018.....1964
BHCG: 01/02/2018.....349.80

Fecha: 27 de enero del 2018

EGRESO HOSPITALARIO: HOSPITAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA.

Control por consultorio externo: Beta gonadotropina coriónica humana (BHCG)

BHCG: 01/02/2018.....349.80

2.3 DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO

El presente caso clínico con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional se presenta en una edad extrema de la madre (47 años) gran múltipara, la cual inicia el cuadro en forma insidiosa, presentando dolor en hemiabdomen inferior y sangrado vaginal de color rojo oscuro. En el interrogatorio la gestante dio como fecha de última menstruación normal el 04 de setiembre del año 2017, cursando con una gestación de aproximadamente 15 semanas, diagnóstico que no ha sido tomado en cuenta en todo el manejo y tratamiento, probablemente se deba a que el manejo y tratamiento ya no es al feto sino a la mola por las repercusiones que esta tiene en la paciente.

El diagnóstico de egreso del hospital en Moquegua, fue el de mola completa, siendo el diagnóstico final de egreso en el hospital de referencia de mola parcial; considerando que el diagnóstico definitivo de un embarazo molar, su clasificación y estadiaje se realiza a través del examen histopatológico, con el estudio de la pieza extraída, y que en este caso fue de útero y anexo izquierdo constituida por trompa de falopio y ovario.

El diagnóstico de egreso fue entre otros de mola parcial, afortunadamente no fue una entidad maligna del trofoblasto.

El hospital en donde se atendió el caso no cuenta con los recursos humanos de la especialidad (ginecólogo oncólogo) para el manejo integral de la especialidad, así mismo no cuenta con el reactivo o materiales necesarios para realizar el análisis laboratorial de Sub unidad beta hormona gonadotrofina coriónica, prueba muy importante para el diagnóstico precoz y seguimiento de esta entidad.

La paciente presentó factores de riesgo que condicionaron la aparición de esta complicación.

En la tabla 4 se observa el incremento de los valores bioquímicos de BHCG, para luego descender posteriormente al retiro de la masa trofoblástica mediante la histerectomía.

Tabla 4: COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES BIOQUÍMICOS DE BHCG DE LA PACIENTE EN ESTUDIO.	
FECHA	VALORES
07/01/2018	346,450.00
08/01/2018	411,361,00
pre operatorio	400'000.00
19/01/2018	50,000.00
22/01/2018	11,000.00
26/01/2018	1964.00

01/02/2018	349.080.00
------------	------------

Fuente: Historia clínica

CAPÍTULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 CONCLUSIONES

- 3.1.1. La paciente presentó la sintomatología propia de la complicación descrita por las entidades internacionales de medicina, (sangrado

vaginal color marrón oscuro, dolor abdominal, vómitos) afortunadamente no presentó expulsión de restos molares.

En cuanto a los estudios ecográficos que se realizó a la paciente, se evidencia de hallazgos patognomónicos de un embarazo molar se observa un tejido hiperecogénico intrauterino (imagen en "cristal esmerilado"), con zonas hiperecogénicas en su interior (en forma de "panal", "tormenta" o "copos de nieve") (18).

3.1.2. Según el estudio anatomopatológico realizado a las piezas operatorias (útero, trompa y ovario izquierdo) el diagnóstico definitivo fue mola hidatidiforme parcial, no coincidiendo con el diagnóstico pos ecográfico de Fecha: 04/01/2018 en el cual concluye: mola hidatidiforme completa. No debemos olvidar que el diagnóstico definitivo lo dá el estudio anatomopatológico.

3.1.3. El seguimiento pos embarazo molar es importante por las repercusiones que puede traer a la paciente. En este caso no se ha podido observar en la historia clínica el respectivo seguimiento.

3.2 RECOMENDACIONES

3.2.1 Al presentar la paciente factores de riesgo para desarrollar esta complicación (edad extrema, multiparidad etc.) el establecimiento de salud de su jurisdicción en especial los profesionales obstetras deben de realizar acciones de orientación y concientizar para evitar un nuevo embarazo, por tanto se recomienda realizar programas de prevención en salud sexual reproductiva con énfasis en paternidad responsable y

planificación familiar en forma permanente para evitar la multiparidad y los riesgos que ella conlleva.

3.2.2 Se recomienda mayor investigación y continuar con el manejo que se ha realizado por tratarse de un establecimiento de menor complejidad, así mismo el diagnóstico final siempre se da por estudio histopatológico.

3.2.3 Se ha podido observar que las pacientes en la ciudad de Moquegua migran constantemente de domicilio y de ciudad (Puno), por lo que una vez establecido el diagnóstico de embarazo molar el seguimiento debe ser especial coordinando con los otros establecimientos de salud. Así mismo la paciente debe tener sesiones de consejería y darle a conocer la importancia de cumplir con las indicaciones de dosaje de la hormona gonadotrófica humana y detectar a tiempo algún proceso metastásico que se pudiera presentar.

Es importante además recomendar al hospital donde se atendió este caso, que a través del seguro integral de salud pueda ingresar en el petitorio de laboratorio los reactivos necesarios para el dosaje de Subunidad beta de hormona gonadotrófica humana, puesto que en los laboratorios privados este examen tiene un alto valor económico y no todas las pacientes pueden acceder a ello, motivo por el cual muchas pacientes no están en condiciones de continuar con el tratamiento por factor económico.

3.2.4. Cuando se ha realizado el estudio de la historia clínica se ha podido observar el uso constante de siglas y abreviaturas, así como letra poco

legible. Se recomienda no utilizar siglas, abreviaturas y escribir con letra clara y legible para un mejor estudio y manejo de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guamán Mizhirumbay Ana Lucia y Lazo Alvarez Jorge Aníbal, Características de la enfermedad trofoblástica en pacientes del área de gineco - obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso, enero del 2010 y enero del 2015, (Tesis pre grado). 2016. (Fecha de acceso julio 2018); disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24575/1/Tesis.pdf>
2. Moncayo Pionce Fátima Alexis. Incidencia y factores de riesgo asociados a la enfermedad trofoblástica gestacional en los años 2013 – 2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. (Tesis Pre grado). 2017. (Fecha de acceso Julio 2018); disponible en:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8102/1/T-UCSG-PRE-MED-592.pdf>
3. Sánchez Carranza Alfredo. Factores de riesgo asociados a embarazo molar en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Loreto enero 2010 – diciembre 2014 (Tesis Pre grado). 2015. (Fecha de acceso Julio 2018); disponible en:
http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3771/Alfredo_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Humpiri Aparicio Marco Antonio. Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional, hospital nivel III Goyeneche entre los años del 2007 al 2011 (Tesis Pre grado).2013. (Fecha de acceso Julio 2018); disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/54220606.pdf>

5. Calcina Usca Yessenia Victoria, Asociación entre el primer dosaje de E B-HCG pos evacuación uterina y la evolución clínica posterior en pacientes con mola hidatidiforme completa del hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en el período 1986 – 2010 disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4047/MDcausyv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Espasa, J. Hijos de (s.f.) Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana, Barcelona.
7. J. DiSaia Philip; Creasman William T (2006). The History of Obstetrics and Gynecology (6.^a edición). España: Elsevier. p. 185. ISBN 8481746304. consultado el 21 de mayo de 2009.
8. Gómez P. y cols. : enfermedad trofoblástica gestacional. Rev. Col. Obst. Ginec. 1972; 23 (6): 469-501
9. Hammond B.C. neoplasias trofoblásticas gestacionales. Historia de los conocimientos actuales. Ginecología y Obstetricia. temas actuales. Vol. 3 1988.
10. Ortega A. Percy. Estudio analítico de variables epidemiológicas en la enfermedad trofoblástica gestacional: muestra representativa comparado con grupo control Hospital Honorio Delgado Espinoza enero 1983 – diciembre 1992, Arequipa UNSA 1993.
11. Paz D. Estudio epidemiológico, clínico y terapéutico de la mola hidatiforme en el complejo hospitalario Daniel A. Carrión del Callao. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1974.

12. Vicuna Jefferson L., R. Rechkemer A. Factores de riesgo en la enfermedad trofoblástica gestacional: estudio caso –control. *Ginecología Obstetricia Perú* 1994; 40:68-72.
13. Apaza Gutierrez, Juan D. Factores asociados a la incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa en el período 1985-2009. *Ginecología Obstetricia, Arequipa UNSA*, 2011.
14. Mazur MT, Kurman RJ. Gestational trophoblastic disease and related lesions. En: Kurman RJ editor. *Blaunstein's pathology of the female genital tract*. 4th ed. New York: Springer-Verlag. 1994, p. 1049-93. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen35/vol35-num2/pdf%20patologia%2035-2/35-2-07.pdf>
15. Monchek, R., & Wiedaseck, S. (May 2012). gestational trophoblastic disease: an overview. *Journal of Midwifery & Women's Health* , 57 (3), 255-259.
16. De Agustín P, Ruiz A, López F, Contreras F. Patología de la enfermedad trofoblástica. *Simposio Enfermedad Trofoblástica 1972*; 79-98.
17. OMS/WHO Scientific Group Gestational Trophoblastic Disease. *World Health Organization Technical Reports Series* 1983; p. 682.
18. López Sánchez F, Aparicio Rodríguez-Miñón P, Adiego Burgos B y Albi González MV imágenes ecográficas (doppler) de una mola.. *Área de Ginecología y Obstetricia. Fundación Hospital Alcorcón*. Disponible en: <http://www.e-archivos.org/e-AGO200401/iconomola.pdf>

19. Silverberg SG, Kurman RJ. Tumors of the uterine corpus and gestational trophoblastic disease. En: Rosai J, Sobin LJ, editores. Atlas of tumor pathology: tumors of the uterine corpus and gestational trophoblastic disease, fasc. 3, ser. 3. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1992, p. 219-85.
20. Mola hidatiforme coexistente con feto vivo después de las 20 semanas de gestación: reporte dos casos. Ginecol Obstet Mex. 2017 diciembre;85(12):853-861.diponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n12/0300-9041-gom-85-12-853.pdf>
21. Arriagada R., Novoa Romina, Urrutia Sa. P. Mola hidatidiforme completa con preeclampsia e hipertiroidismo: presentación clásica. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología 2017;82 (1)77-79.
22. Consenso Fasgo “Enfermedad Trofoblastica Gestacional” Dr. Martín Riegé (AAGO) disponible en:
http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/CONSENSO_FASGO_ETG.pdf
23. Cunningham F. Gary, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield. Williams. Obstetricia, 24e disponible en:
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100458571>
24. Soria Céspedes D., Lazos Ochoa M., Ventura Molina V., Estudio clínico patológico de 22 casos registrados en el Hospital General de México Vol. 69, Núm. 3 Jul. pp 138 – 143 Septiembre 2006.

25. Smith H, Qualls C, Prairie B et al. Trends in gestational choriocarcinoma: A 27 year perspective. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 978-987
26. Berkowitz RS, Goldstein DP. Chorionic tumors. *N Engl J Med* 1996; 335: 1740–1748.
27. Clinical experience with placental site trophoblastic tumors at the New England Trophoblastic Disease Center. *Obstet Gynecol*, 7 (1988), pp. 854-857.
28. García Soto Ginecólogo Oncólogo Instituto Nacional de Cancerología Universidad de Antioquia. Enfermedad trofoblástica gestacional disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/17534-61153-1-PB.pdf>
29. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional. Evidencias y recomendaciones. Consejo de salubridad regional. Publicado por CENETEC. México 2009.
30. Lombardía J, Fernández M. Ginecología y Obstetricia. Manual de consulta rápida. Edit.Médica Panamericana. Madrid España. 2007.
31. Instituto Materno Perinatal Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima 2010.
32. Ministerio de Salud. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. Dirección general de salud de las personas. Dirección ejecutiva de atención integral de la salud. Lima 2004.
33. Ministerio de Salud. Emergencias obstétricas y neonatales. Módulos de capacitación OPS/OMS Lima 1997.
34. Rodrigo Andrea, Lafont Piñas Marta. Valores normales de la hormona beta hCG. Reproducción asistida. Disponible en:

<https://www.reproduccionasistida.org/la-hormona-del-embarazo-la-hormona-gonadotrofina-corionica-humana-beta-hcg/>